

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933

N°

THÈSE

POUR LE

564

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

HENRI GRAUER

né le 19 Septembre 1907 à Kossow (Pologne)

**Du Traitement de l'Erysipèle
chez le nouveau-né,
en particulier par les badigeonnages au nitrate d'argent**

Président: M. Brindeau

IMPRIMERIE STUDIO
27, rue Dauphine
PARIS - VI

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

HENRI GRAUER

né le 19 Septembre 1907 à Kossow (Pologne) .

**Du Traitement de l'Erysipèle
chez le nouveau-né,
en particulier par les badigeonnages au nitrate d'argent**

Président : **M. Brindeau**

IMPRIMERIE STUDIO

27, rue Dauphine

PARIS - V

LE DOYEN. . . ROUSSY

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale ...	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	MARION
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie ...	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	Maurice VILLARET
Clinique médicale	CARNOT
	BEZANÇON
	ACHARD
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Cliniques des maladies du système nerveux ...	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	LENORMANT
Clinique chirurgicale	CUNÉO
	GRÉGOIRE
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMATRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE
	MULON
	VERNE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie Psychiâtrie
 AUBERTIN Pathologie médicale
 BÉNARD Henri . Pathologie médicale
 BRÔCQ Pathologie chirurgicale
 BRULÉ Pathologie médicale
 BUSQUET Pharmacologie
 CADENAT Pathologie chirurgicale
 CATHALA Pathologie médicale
 CHABROL Pathologie médicale
 CHAILLEY-BERT Physiologie
 CHEVALLIER . Pathologie médicale
 DOGNON Physique
 DONZELOT . Pathologie médicale
 ÉCALLE Obstétrique
 FEY Urologie
 GASTINEL Bactériologie
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale
 GIROUD Histologie
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
 HARVIER Pathologie médicale
 HAZARD Pharmacologie
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 LÉVY-VALENSI Neurologie et
 psychiâtrie
 LIAN Pathologie médicale
 MONDOR Pathologie chirurgicale
 MOREAU Pathologie médicale
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale
 MOURE Pathologie chirurgicale
 OBERLING Anatomie pathologique
 OLIVIER Anatomie
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale
 PORTES Obstétrique
 QUÉNU Pathologie chirurgicale
 RICHET Physiologie
 SANNIÉ Chimie biologique
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie
 TROISIÈRE Pathologie expérimen-
 tale et comparée
 VALLERY - RADOT
 (Pasteur) Pathologie médicale
 VAUDESCAL Obstétrique
 VELTER Ophtalmologie
 VIGNES Obstétrique

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX Obstétrique
 LEROUX Anatomie pathologique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie
 RETTERER Histologie
 ZIMMERN Physique

IV. — AGRÉGÈS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale	MOCQUOT	Clinique chirurgicale
CHIRAY	Clinique médicale	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale
DUVOIR	Clinique médicale	LE LORIER	Clinique obstétricale
BASSET	Clinique chirurgicale	LÉVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale
CHEVASSU	Clinique chirurgicale	METZGER	Clinique obstétricale
HEITZ-BOYER ..	Clinique chirurgicale	GUÉNIOT	Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie
CHAILLEY-BERT, agrégé ..	Éducation physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

dont la bonté pour moi fut inépuisable
et qui, vaincu prématurément par la
mort, ne peut assister aujourd'hui à la
réalisation de la plus ardente et plus pure
de ses illusions.

A MA MERE ADOREE

qui a supporté, en silence, tous les sacri-
fices que mes études lui ont coûtés. Je
lui dédie ce modeste ouvrage, avec tout
mon respect et amour filial.

A MES FRERES

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur d'Obstétrique

Accoucheur de la Maternité Tarnier

Officier de la Légion d'Honneur

qui a bien voulu nous faire l'honneur de
présider cette thèse.

A mon Maître

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CATHALA

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine

Accoucheur de la Maternité Saint-Louis

qui nous a inspiré cette thèse et largement aidé. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de toute notre gratitude et reconnaissance.

Avant-propos

Au cours de nos études nous avons été frappé de la gravité de l'érysipèle chez le nouveau-né, affection qui se termine en général par la mort.

Ayant été témoin de quelques succès obtenus par M. Cathala dans son service à l'aide des badigeonnages au nitrate d'argent, d'après le procédé de M. Raoul Labbé et Mme de Larminat, nous avons cru qu'il serait peut-être intéressant de passer en revue les différents traitements de l'érysipèle et de les comparer à ce procédé nouveau. Nous n'avons certes pas la prétention de rapporter tous les traitements qui ont été utilisés ou le sont encore actuellement, chaque médecin, pour ainsi dire, ayant voulu préconiser un traitement spécial ; nous nous bornerons à parler de ceux qui ont eu le plus de vogue et nous nous en tiendrons aux derniers jugements portés sur eux. Nous exposerons ensuite le mode de traitement par le nitrate d'argent et nous en apprécierons les résultats, regrettant que le temps ne nous ait pas permis d'apporter à l'appui de cette méthode un plus grand nombre de faits nouveaux.

Mais avant d'entrer plus avant dans notre sujet, nous devons remercier M. Cathala, accoucheur de la maternité Saint-Louis, qui nous a inspiré cette thèse, de l'excellent accueil et des bons conseils que nous avons toujours trouvés près de lui. Nous n'oublierons pas l'extrême bienveillance que M. Raoul Labbé, ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris, et Mme de Larminat ont montré pour nous. Enfin que M. le professeur Brindeau veuille bien agréer nos remerciements les plus sincères pour le très grand honneur qu'il nous a fait, en acceptant la présidence de notre thèse.

Historique du traitement de l'érysipèle

La thérapeutique a toujours varié selon l'idée que l'on s'est faite de la pathogénie de la maladie ; c'est contre les causes que l'on s'efforce toujours de lutter et c'est à mesure qu'on les découvre que la thérapeutique fait des progrès. Nous croyons indispensable de dire quelques mots des diverses opinions qu'on a eues sur l'érysipèle et nous verrons que chaque théorie a amené un traitement spécial. Nous ne ferons cependant qu'un historique très raccourci des différentes doctrines qui ont eu cours au sujet de cette maladie.

Hippocrate avait très bien vu l'érysipèle et le décrit assez bien ; il en avait distingué deux variétés, l'une médicale, l'autre chirurgicale survenant à l'occasion d'une plaie. Pour lui la maladie était due simplement à un afflux sanguin considérable et la conséquence thérapeutique était tout naturellement la saignée.

Pour Celse, qui embrouilla la maladie en y faisant rentrer d'autres affections très différentes et particulièrement une grande partie des maladies de la peau, la seule cause était l'inflammation, et le traitement consista en topiques divers : répercusifs, rafraîchissants, résolutifs, etc.

Galien pense que la bile, humeur fondamentale, donne lieu à l'érysipèle, lorsque, produite en quantité exagérée, elle se mélange avec le sang et cherche à s'échapper par la peau. Comme conséquence, tout en admettant encore la saignée, il recommande les purgatifs.

Au septième siècle, on admettait toujours l'inflammation comme cause efficiente de l'érysipèle, mais tan-

dis qu'Alexandre de Tralles préconisait le premier les vésicatoires comme dérivatif, Paul d'Egine mettait le premier en pratique les scarifications.

Quant aux médecins arabes et parmi eux le plus célèbre de tous Avicenne, s'ils étudièrent bien l'érysipèle, s'ils contribuèrent beaucoup à le différencier des fièvres éruptives, si déjà ils eurent la notion des rapports existant entre l'érysipèle et la fièvre puerpérale, ils n'eurent guère d'idées nouvelles sur sa nature essentielle et ne changèrent guère au traitement habituel. Il faut remarquer cependant qu'Avicenne le premier traita ses malades par l'eau froide.

Les anciens avaient donc bien vu l'érysipèle, tel que nous le voyons actuellement ; ils avaient été pénétrés de sa gravité et l'attribuaient à des phénomènes métastatiques. C'était pour eux une inflammation due à l'altération du sang par la bile et ils étaient conduits naturellement dans leur thérapeutique à appliquer la saignée contre l'altération des voies biliaires et des topiques variés.

Ambroise Paré, tout en admettant les mêmes théories, différa des précédents par sa thérapeutique bien plus énergique, sinon plus active. Ce fut lui qui, le premier, traita par le feu l'érysipèle ; il avait été frappé de sa gravité et convaincu qu'il fallait agir vite et fort pour éviter de grands maux, il s'adressait de suite aux grands moyens.

Jusqu'ici, nous n'avons eu encore, pour expliquer la nature de l'érysipèle, que les théories humorales. Cela dura jusqu'au commencement du siècle et même en France pendant plus longtemps.

En effet, si, à la vérité, Lorry en 1777 avait cité des cas de contagion et commencé à rattacher la maladie à un germe particulier, ses idées n'avaient pas prévalu. En Angleterre des idées semblables se faisaient jour et en 1780, Untervood accusait nettement un

miasme délétère d'origine extérieure, agent inconnu, coupable de la viciation du sang.

En Angleterre et en Allemagne ces idées prirent racine assez vite.

En France, elles furent plus lentes à se faire jour. Jusqu'en 1800 ce fut le foie que l'on regarda comme étant seul en cause. En 1834, l'idée d'infection fut encore une fois nettement émise par Piorry (Clinique de la Pitié, 1834) : c'est pour lui une absorption par la peau d'un poison septique déterminant une dermite intense.

Plus tard, Velpeau, en 1839, et Trousseau, en 1848, contribuèrent à faire regarder la maladie comme d'origine infectieuse. Trousseau établit les relations étiologiques entre l'érysipèle du nouveau-né et la fièvre puerpérale de la mère. A la même époque, en concordance avec les idées de Trousseau, Piorry donne à la maladie le nom de septico-dermite, qui en est presque restée la définition anatomo-pathogénique. Mais les esprits étaient si peu faits à ces idées, qu'en 1854 Valleix niait encore la nature infectieuse de la maladie ; on la regardait comme étant toujours de cause interne et la thérapeutique était aussi mal dirigée que la théorie était fausse.

En 1855, Lorain insiste à nouveau sur les faits établis par Trousseau. Hervieux, en 1856, apporte une étude complète de cette question basée sur 30 observations.

Nepveu, en France, et Hueter, en Allemagne, décrivent pour la première fois la présence d'un micro-organisme dans la plaque érysipélateuse. C'est en 1880 que Doléris, dans sa thèse inaugurale, reconnaît ce germe comme étant l'agent pathogène de la maladie. En 1882, Fehleisen lui donne le nom de streptococcus erysipelatus. Enfin les travaux de Widal, ainsi que ceux du professeur Vaquez, ont permis d'identifier le

streptocoque de l'infection puerpérale et celui de l'érysipèle. Ajoutons également à ces travaux ceux de Marmorek et ceux de Charrin et Roger, qui ont permis la préparation d'un sérum anti-streptococcique.

L'anatomie pathologique et l'examen de la peau établirent le siège de la lésion. La maladie étant de cause externe, due à un agent particulier siégeant au début dans les parties les plus superficielles de la peau, et pouvant se généraliser. Cette simple découverte devait brutalement renverser toute l'ancienne thérapeutique de cette maladie. Plus de saignées : il n'y avait plus qu'à s'attacher directement à l'agent pathogène, c'est-à-dire détruire par les antiseptiques le streptocoque, cause de tout le mal.

Les moyens furent divers et si quelques médecins essayèrent d'y arriver en administrant les antiseptiques par la voie interne, la plupart principalement à cause de la situation très superficielle de l'agent pathogène, essayèrent sa destruction directe en agissant loco dolenti au moyen de substances diverses.

Ces essais étaient rationnels, car l'étude du streptocoque de l'érysipèle a montré qu'il pénètre toujours par une lésion des téguments et qu'il s'étend progressivement en profondeur et en largeur à partir du point inoculé. Il était donc très légitime, connaissant à fond la nature de la maladie, d'essayer des agents locaux assez puissants pour agir dans l'épaisseur de la peau.

Tout d'abord, les moyens antiseptiques ne donnèrent pas de meilleurs résultats que ceux qu'on avait employés précédemment et l'on vint même à se demander s'il était bien utile d'essayer contre cette terrible maladie un traitement quelconque, s'il était possible de l'enrayer dans sa marche et même si cela était utile, puisque l'évolution du streptocoque de l'érysipèle chez le nouveau-né est habituellement courte et à terminaison fatale presque certaine.

Divers traitements faits dans l'érysipèle

Nous croyons inutile de parler des divers topiques que les anciens appliquaient sur la plaque érysipélateuse dans le but d'en limiter l'extension. Ils étaient guidés dans leur thérapeutique par leurs idées sur l'essence de la maladie et selon qu'ils l'attribuaient à l'action de la bile, des humeurs ou à l'inflammation locale, ils agissaient plus ou moins par la saignée ou les moyens locaux. Tous les traitements ont disparu et ne méritent même plus d'être cités. Ce n'est que lorsque l'on fut bien fixé sur la nature et le mode d'évolution de la maladie que l'on commença à rechercher un traitement rationnel en suivant les indications que donnait l'anatomie pathologique et l'étiologie. Nous ne nous attacherons donc qu'à décrire le plus brièvement possible les différents traitements.

De très bonne heure les isolants ont été employés dans cette maladie et l'on chercha sans grande utilité à préserver la partie malade de l'air en employant soit des poudres sèches : fécule, oxyde de zinc, poudre de talc, etc., soit des graisses : huiles, axonge, vaseline, etc. On a cru bon d'y revenir dans certains cas, mais il est certain que ce moyen est inefficace, il n'agit en rien sur l'évolution du microbe pathogène.

On essaya plus tard les astringents, agents assez faiblement antiseptiques : eau de chaux, alun, tannin, acétate de plomb, sulfate de zinc, etc., en lotions sur la partie malade, mais cela ne donna pas non plus de résultats sensibles.

Les préparations de fer (surtout le perchlorure), fortement préconisées par Balfour, Callender, Bennet,

furent très à la mode en Angleterre, mais elles ne furent jamais bien employées en France. Ces auteurs d'ailleurs y renoncèrent bientôt à cause des douleurs que produisaient les applications de la solution, à cause des suppurations qu'on observait quelquefois et surtout à cause de leur inefficacité.

Le liniment térébenthiné, appelé bauche de Kentisch et qui fut fortement préconisé par Luech, ne donna pas les résultats attendus et fut abandonné.

La teinture d'iode dédoublée préconisée par Noris en 1852 est un des agents qui ont eu le plus de vogue, peut-être à cause de sa facilité d'application. Cet auteur en badigeonnant 2 ou 3 fois par jour le bourrelet et la plaque, mais ce fut surtout par Pirogoff qu'il fut préconisé. D'après lui, on obtient de bons résultats à la condition que dans les 24 heures on fasse 7 à 8 badigeonnages. Nous savons que l'iode est fortement antiseptique et assez facilement absorbable par la peau, mais il est certain que les rares badigeonnages auxquels on doit se réduire pour éviter les accidents sont absolument inefficaces.

Le camphre préconisé d'abord par Pirogoff fut ensuite abandonné par lui. Il l'employait surtout en solutions alcooliques ou éthérées. Ce moyen ne fut guère employé et ne l'est plus actuellement.

Le collodion a été préconisé pour la première fois en 1867 dans l'Union Médicale par Robert de Latour. Il a pensé qu'une compression au pourtour de la plaque établissait une barrière au niveau des espaces et des vaisseaux lymphatiques. Dans ce but on a fait à la périphérie de la plaque des badigeonnages de collodion, puis de traumaticine. On a même proposé d'associer la compression et les antiseptiques : le collodion à l'ichtyol, la traumaticine à l'ichtyol. Mais ces applications parfois douloureuses ne donnent guère de résultats.

Dès la plus haute antiquité on avait employé les saignées locales sous forme de piqûres de mouchetures. Plus tard, en Angleterre, Dobsen en 1828, Bright en 1832, recommandent de faire sur la partie malade des séries de piqûres renouvelées de deux à quatre fois par jour, même à la face, dans le but de combattre l'inflammation. En 1869, dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, Schützemberger recommande de longues scarifications séparées par un ou deux centimètres de distance et s'étendant sur toute la partie malade pour évacuer au plutôt les produits d'exsudation interstitielle.

Riedel et Kraske remirent en faveur le système des cautérisations. Ils s'appuyaient sur la nature infectieuse de la maladie ; elle était due à un agent infectieux, comme les abcès. Ils faisaient des scarifications les unes superficielles et les autres profondes et moins nombreuses. Après les incisions on faisait placer en permanence loco dolenti des compresses de sublimé.

On a abandonné depuis déjà longtemps la méthode chirurgicale des scarifications, mais aussi celle des injections sous-cutanées loco-dolenti de sublimé, d'acide salicylique et d'acide lactique : procédés douloureux et qui étaient parfois suivis de suppurations.

Après ces divers moyens plus ou moins compliqués et relevant encore tous un peu de l'ancienne thérapeutique, on en trouve d'autres plus simples et appuyés précisément sur les nouvelles notions que nous possédons sur les maladies infectieuses et les antiseptiques. A peu près tous ont été appliqués directement sur la partie malade, tellement tout le monde est pénétré de la localisation de l'agent pathogène.

Très rarement les antiseptiques ont été employés sous forme de poudre sèche ; il fallait qu'ils soient absorbés par la peau et la condition la plus favorable était leur état liquide ou semi-liquide, aussi est-ce gé-

néralement sous la forme de solution ou de pommade qu'ils ont été employés.

Chaque médecin a eu sa formule, de sorte qu'il n'est guère possible de donner actuellement un corps auquel tout le monde donne la préférence. En général, on a employé comme véhicules les huiles, les autres corps gras ou bien l'eau, l'alcool, l'éther. Comme substance active, elles ont été très nombreuses : tous les antiseptiques ont été employés ; à dose suffisante, c'est-à-dire pénétrant suffisamment dans la peau, ils doivent détruire les streptocoques et il est probable que la plupart ont une réaction réelle, mais cette action dépend du corps et de la facilité avec laquelle elle pénètre la peau. Enfin, dans la recherche de ce procédé, il faudra s'occuper beaucoup de l'action produite sur la peau.

Généralement, les auteurs n'ont guère publié que la méthode dont ils se servaient, sans rapporter les observations à l'appui. Plus souvent encore la méthode n'est basée que sur un très petit nombre de faits, quelquefois deux ou trois seulement, de sorte qu'il n'est pas possible de tirer une conclusion d'un si petit nombre de faits.

Nous n'essaierons pas de donner tous les traitements proposés, nous nous contenterons de quelques-uns, ceux qui sont les plus employés.

La méthode de Koch consiste à badigeonner et à recouvrir d'une couche mince au moyen d'un pinceau mou les parties malades à l'aide de la pommade suivante : Créoline 1 gr. Iodoforme 4 gr. Lanoline 10 gr. Il faut ensuite recouvrir les parties d'une feuille de gutta percha. Ce procédé ne semble pas avoir donné de bons résultats.

Dans la méthode de Hallopeau, on fait une solution à 1 pour 20 de salicylate de soude et après avoir imbibé un masque de toile replié en plusieurs doubles,

on applique celui-ci sur les parties envahies et on le recouvre d'un taffetas gommé pour empêcher l'évaporation.

Quant à l'acide phénique, il a été employé sous toutes les formes. Rosenbach l'emploie en lotions sur la partie malade dans une solution à 5 % dissout dans l'alcool absolu. Nolte l'emploie encore mélangé dans les mêmes proportions avec la gomme arabique, Ebs-tein avec de la vaseline.

Mais avec ces traitements comme avec les précédents, les succès furent loin d'être nets.

Il est un autre agent antiseptique et qui sous ses différentes formes a joui d'une assez grande vogue, c'est le mercure.

En 1828, Serres (d'Alais) montre l'utilité du mercure dans cette maladie, il démontre que les frictions mercurielles ont une action rapide sur l'érysipèle.

Depuis, le mercure, soit sous une forme, soit sous une autre, ne disparut plus guère de la thérapeutique. Debart le fait entrer dans la proportion de 1 sublimé pour 30 de collodion dans son collodion mercuriel. Des applications de pommade au niveau et au pourtour de la plaque avec de l'onguent napolitain furent conseillées.

Marfan a obtenu avec la vaseline à l'ichtyol à 10 % des résultats presque aussi bons qu'avec le sérum anti-streptococcique.

La pommade au collargol au même taux fut souvent appliquée.

Pour arrêter l'extension de la plaque érysipélateuse, des badigeonnages avec une solution de collargol à 1 % furent, avec quelque succès, employés.

M. Lesné conseille une solution d'acide picrique à 5 %. Le professeur Nobécourt, une solution de bleu de méthylène à 5 %.

Tous ces procédés ne semblent pas avoir été très efficaces, la plupart d'entre eux sont abandonnés et souvent l'on se contente de calmants de la douleur, comme les pulvérisations chaudes d'eau bouillie ou d'eau de guimauve ou encore d'une solution antiseptique faible d'éther sublimé à 1 % (Talamon), à l'acide phénique faible, au phénosalyl. Dans le même but on peut faire également des applications de compresses humides chaudes imbibées des liquides émollients (décoction de racines de guimauve ou de fleurs du sureau) ou des solutions antiseptiques (bichlorure de mercure à 4 %). Tous ces traitements peuvent calmer les douleurs et atténuer l'inflammation. Le processus infectieux n'est pas modifié.

Enfin pour lutter contre le streptocoque au niveau de sa localisation initiale, certains auteurs préconisent des applications locales de sérum antistreptococcique chaud (Mendel et Boissière-Lacroix), d'autres de pom-mades vaccins ou de lysats vaccins antistreptococciques.

En général, les résultats obtenus par les topiques sont peu encourageants, puisque Nobécourt a pu affirmer qu'ils agissent comme sédatifs locaux, plutôt qu'ils n'influencent le processus érysipélateux et qu'Hutinel proscriit tout topique irritant. Rappelons que Trousseau déjà, après avoir essayé de tout sans succès et même de la « cautérisation transcurrente », en était arrivé à préconiser l'expectative.

Les résultats obtenus par l'emploi d'agents physiques, vessie de glace, rayons X, lampes de quartz (héliothérapie artificielle), rayons ultraviolets, en employant une forte dose d'érythème (Becker) ne sont pas plus décisifs.

En même temps que tous ces traitements locaux des différents auteurs, on a pensé qu'il faut instituer parallèlement un traitement général.

Comme dans toute maladie grave du jeune bébé, on pourra conseiller des bains chauds à 38° de 10 minutes de durée 3 à 4 fois par jour.

Des injections d'huile camphrée de 1/10^e à 1/5^e de cc., de sérum physiologique ou de sérum glucosé seront systématiquement pratiquées dans tous les cas où l'état de la peau le permettra.

On prescrira aussi de l'extrait surrénal ou de l'adrénaline dans les formes avec hypothermie et tendance au collapsus.

Traitement local d'une part, médication des grandes infections en général, telles sont donc les méthodes les plus généralement employées et la plupart des auteurs bornent là actuellement leur thérapeutique des érysipèles des nouveau-nés.

Cependant toute une série de traitements biologiques peuvent être essayés, mais il semble bien à l'heure actuelle qu'ils n'ont pas donné tout ce que l'on pouvait espérer de leur emploi.

L'hémothérapie par injection intramusculaire de sang de convalescents d'érysipèle, ainsi que les transfusions de sang citraté et les immuno-transfusions de sujets vaccinés n'ont pas encore donné de résultats concluants.

Le sérum anti-streptococcique en injections sous-cutanées a paru à certains auteurs agir utilement. Sur 12 cas d'érysipèle du nouveau-né présentés par Chené dans sa thèse en 1899 il y a 3 cas de guérisons, dont 2 attribuées par l'auteur au traitement sérothérapique.

La question a été maintes fois reprise depuis lors. Récemment, Roland et Mme Forger ont conseillé à nouveau cette thérapeutique et ont observé un érysipèle, envahissant à point de départ vaccinal chez un enfant de 4 mois, qui aurait guéri par le sérum.

Par contre, Hutinel et Darré en 1909 ont traité par le sérum 30 érysipèles du nouveau-né ; ils n'ont obte-

nu que 2 guérisons et ont constaté que dans quelques cas l'infection a paru plutôt aggravée par le traitement.

Marfan croit les injections sous-cutanées inefficaces : il fait 2 fois par jour suivant les indications de Chantemesse une onction avec une pommade composée par parties égales de sérum antistreptococcique, de lanoline, de vaseline ; il applique ensuite un pansement occlusif.

Actuellement pour la plupart des auteurs la sérothérapie semble être efficace chez le nouveau-né.

La vaccinothérapie générale qui paraît avoir donné quelques résultats favorables à Tourneux, est considérée comme inopérante par Marquillet ainsi que par Boidin et Delafontaine. Il en est de même de la vaccinothérapie locale.

Les injections de bouillons de Delbet ont été préconisées en 1920 par Boidin et Thiery. Ils ont observé 24 nourrissons de moins d'un mois atteints d'érysipèle. Chez 12 de ces malades ils ont associé les soins locaux et les injections de sérum et n'ont qu'une guérison.

Sur 12 autres cas traités par des injections de bouillon de Delbet ils ont compté 7 guérisons.

D'après ces auteurs, les réactions locales seraient minimales, les réactions générales nulles ou légères et cela pour des doses considérables de 1 cmc. 5 à répéter 3 fois chez des bébés pesant de 2 kgr. 500 à 3 kgr. ce qui correspondrait à des doses d'environ 40 cmc. chez l'adulte.

Tous ces traitements biologiques de l'érysipèle ont été étudiés expérimentalement en 1929 par de Lavergue, Florentin et Gousset et ces auteurs considèrent « que chez le lapin, les sérums et vaccins ne possèdent aucun pouvoir de prévention ou d'arrêt » et que les formes qui guérissent sont aussi bien celles qui sont

traitées exclusivement par des moyens locaux que celles où est employé un traitement spécifique.

Enfin en se basant sur l'heureuse action apparente des abcès cutanés spontanés sur l'évolution de la maladie, on a préconisé l'emploi d'abcès de fixation. La plupart des auteurs actuels en déconseillent l'emploi chez le tout jeune bébé et d'ailleurs cette méthode, pour le professeur Nobécourt, repose sur une interprétation hypothétique des faits cliniques.

En somme, jusqu'ici nous n'avons pas trouvé de substance à conserver, comme spécifique. De toutes, comme nous l'expliquerons plus loin, c'est le nitrate d'argent qui nous semble donner les meilleurs résultats. Il agit très efficacement sur le streptocoque et est en même temps facilement absorbable par la peau. Nous allons voir que la méthode de Raoul Labbé et Mme de Larminat aboutit à des résultats tout à fait satisfaisants.

Pronostic de l'Erysipèle chez le nouveau-né

La multiplicité des traitements préconisés contre l'érysipèle du nouveau-né, la tendance des médecins à en chercher continuellement de nouveaux, montre clairement que l'on n'en est pas encore arrivé à trouver un moyen sûr de l'arrêter dans son évolution. Il faut aussi remarquer que chacun des traitements a semblé donner des résultats au moins entre les mains de son inventeur, puis il est tombé dans le discrédit pour être de nouveau prôné et employé à des intervalles plus ou moins éloignés.

Mais, petit à petit, on s'aperçut de la marche à peu près semblable de la maladie, quel que soit le traitement employé et l'on en vint à se demander s'il y avait un traitement meilleur que les autres ou même si la maladie de par son évolution, sa nature, était susceptible d'être influencée par les médicaments ; des médecins répondirent par la négative et érigèrent l'expectation simple en méthode générale de traitement. Dans ce genre d'idées nous ne pouvons mieux faire que citer ce qu'écrivait à ce sujet, à une époque encore rapprochée de nous, un clinicien de la valeur de Trousseau : A peu près sans exception, les enfants atteints d'érysipèle dans les 15 ou 20 premiers jours de leur existence succombent sans qu'aucune médication puisse prévenir cette terminaison funeste. Certainement, Trousseau indique dans un style qui entraîne presque la conviction, l'insuffisance des traitements. Mais sa théorie fut nuisible en ce que semblant condamner d'avance tous les traitements, qu'on

pourrait essayer plus tard ; elle tendait aussi à détourner l'attention de ce sujet et à abandonner la maladie à elle-même.

L'opinion d'une telle autorité était bien faite pour jeter le doute dans les esprits. Heureusement, ce jugement était porté à une époque où la nature de l'érysipèle n'était pas encore bien connue et par conséquent il n'a pas la même valeur actuellement et est surtout cité pour montrer l'état d'esprit dans lequel on se trouvait à cette époque.

Même les auteurs beaucoup plus récents, comme Hutinel et Nobécourt, déclarent que l'érysipèle du nouveau-né se termine le plus souvent par la mort, la durée de la maladie, extrêmement variable, ne dépasse pas 2 à 7 jours.

C'est vrai, le pronostic de l'érysipèle du nouveau-né qui a paru toujours redoutable, l'est maintenant encore, malgré le progrès de l'antisepsie médicale.

En regardant la statistique de mortalité, on relève les chiffres suivants, qui ne sont guère rassurants. Pour Hutinel et Darré, 71,4 %. Pour Chevé, 75 %. Pour Delhoume, 88,5 %. C'est-à-dire toute la gravité de l'érysipèle dans les trois premiers mois de la vie, gravité qui s'oppose nettement à la bénignité de la maladie chez les enfants plus âgés. Chez des enfants au-dessus de 3 mois, sur 82 cas publiés par Roger et sur 34 apportés par Hutinel, on ne trouve, en effet, que 2 cas de mort. Avant l'âge d'un mois, Trousseau d'abord, et Variot ensuite, n'ont jamais vu un seul cas de guérison. Pour Marfan également, avant un mois la mortalité serait de 100 % et entre 2 et 3 mois de 95 % seulement.

Evidemment, l'état antérieur de l'enfant joue un grand rôle. L'évolution est toujours fatale, quels que soient l'âge et la localisation chez les athrepsiques, les prématurés, les bébés antérieurement malades dans

tous les cas où l'érysipèle survient comme une maladie intercurrente. Par contre, la guérison serait un peu plus fréquente chez les enfants nés à terme et chez les normaux.

Pour Marfan, le mode d'alimentation aurait aussi son importance. Pour cet auteur, la statistique de mortalité entre 2-3 mois tomberait de 95 % à 75 % chez les enfants qui sont à l'allaitement maternel. Il est, de plus, certain que la localisation apporte elle aussi son élément pronostic. La forme ombilicale, pour la plupart des auteurs, est toujours mortelle. Au contraire, les érysipèles ne débutant pas par l'ombilic et en particulier ceux de la face, quoique très graves également, ne le seraient pas exactement au même degré que ceux qui sont dus à l'infection ombilicale.

Même les statistiques étrangères, comme celle de l'Allemand A. Schliepe (1923), qui est au-dessus de 70 %, et celle des Américains Schaffer et Rothman (1927), qui est de 80 %, montrent une mortalité très grande.

Mais les choses ont bien changé. On a découvert l'agent pathogène de la maladie, on a vu qu'il se comportait absolument comme les autres microbes d'espèces voisines, que, comme tous, il était sensible aux antiseptiques. Cette notion bien acquise, il ne restait plus qu'à rechercher le médicament spécifique.

Pour nous, le traitement de l'érysipèle chez le nouveau-né et surtout le choix de la méthode a une grande importance. On peut même dire que le pronostic en dépend.

Les statistiques générales de guérison montrent un très faible nombre de guérisons. Alexis Chevé, dans sa thèse inaugurale en 1889, sur 12 érysipèles du nouveau-né a noté 3 guérisons, soit 25 %. Hutinel et Darré en 1909, dans le *Traité des Maladies des Enfants*, sur 14 érysipèles, notent 4 guérisons, soit 28 %. Parmi

ceux-ci, il y a 8 érysipèles ombilicaux avec 2 guérisons, 5 érysipèles de la face avec une guérison, un érysipèle vaccinal guéri. Louis Delhoume, dans sa thèse en 1914, rapporte la statistique de la clinique Tarnier de 1901-1912 chez les bébés âgés de moins d'un mois, sur 38 cas, il y a 4 guérisons, soit 10,5 %.

Si on dit que l'érysipèle du nouveau-né est une maladie très grave, dont le bébé meurt en général, il reste cependant des chances de guérison qu'il ne faut pas négliger. Voilà plus de raisons, je crois, qu'il n'en faut pour que l'on essaie une thérapeutique de l'érysipèle pour l'arrêter dans sa marche avant qu'il ait pris une gravité considérable, avant que de simple lésion locale, il ne soit devenu maladie générale, et la meilleure raison qu'on puisse encore en donner, c'est cet accord de tous les médecins à lui chercher un remède et à ne pas hésiter à y opposer parfois des traitements excessivement durs, préférant pour leur malade toutes les rigueurs du traitement aux dangers de la maladie.

Nous croyons qu'avec le traitement préconisé par M. Raoul Labbé et Mme de Larminat, nous avons fait, comme nous allons d'ailleurs bientôt le voir, un pas en avant dans la lutte contre cette maladie si désastreuse chez les nouveau-nés.

Traitement par le nitrate d'argent de l'érysipèle en général et particulièrement chez le nouveau-né

L'emploi des sels d'argent contre l'érysipèle est un fait ancien.

En effet, contre l'érysipèle, le nitrate d'argent a toujours été employé en solution trop faible et en applications humides trop continues ; d'où échecs. C'est ainsi que Dieulafoy n'a guère obtenu de résultats avec des solutions à 1 ou 0,50 % et que Dopter estime que le médicament, à l'instar des autres topiques, n'a aucune influence sur la plaque érysipélateuse.

Le nitrate d'argent mérite mieux ; il peut être permis de lui attribuer une action particulière contre le streptocoque érysipélateux et de nous inciter de continuer des recherches dans ce sens. Trousseau et Pidoux ont en effet bien établi naguère que c'était dans les infections de plus mauvaise nature que ce remède est le mieux indiqué. Ils mentionnent l'emploi de la pommade au nitrate d'argent dans l'érysipèle traumatique et ils rapportent à Jobert (de Lamballe) cette application de la méthode substitutive ou plutôt de la méthode « ectrotique », c'est-à-dire abortive.

Goech s'étant servi d'une solution de 25 % renouvelée plusieurs fois par jour, a eu souvent des eschares. C'était la solution au dixième employée par Vernher qui fut la plus usitée. Quoique moins caustique que la précédente, cette méthode fut complètement condamnée par Boekel.

En 1915, Rondet rapporte (le Lyon médical), que

les badigeonnages prolongés d'une solution au nitrate d'argent à 1/40° répétés toutes les 3 heures jour et nuit et pendant 7 jours, 9 jours au plus, la peau érysipélateuse étant préalablement décapée avec l'eau chaude savonneuse, donne des résultats brillants et rapides chez les vieillards, chez lesquels la mortalité dans l'érysipèle est très grande. Après 12 ou 24 heures on observe, écrit-il, une très grande amélioration. Mais si l'on suspend le traitement, la fièvre réapparaît et le bourrelet reprend sa marche excentrique. Le badigeonnage doit dépasser de 2 travers de doigts le bourrelet érysipélateux.

Slavko Hirsch employait pendant la guerre, dans les ambulances autrichiennes, une solution au nitrate d'argent à 16 % avec beaucoup de succès contre l'érysipèle.

Ernst Fränkel emploie au lieu des badigeonnages, comme le faisait S. Hirsch, une pommade au nitrate d'argent de 12 %-16 %. L'avantage de cette pommade, dit-il, consiste en ce qu'on puisse se tenir aux limites de la plaque érysipélateuse, les parties saines n'étant pas atteintes. Les sensations de tension et de brûlure sont beaucoup moindres. La peau ne se noircit pas comme par les badigeonnages et se desquamme plus vite.

Les badigeonnages avec une solution au nitrate d'argent à 18 % furent faits par Theisinger (1921) qui avait appris cette méthode de son maître, le Dr Zillesen de Volklingen. Pour 24 cas il n'avait qu'un cas de mort (méningite chez un érysipèle de la face qui fut traité pendant 2 jours avec des compresses et des applications de pommade).

J. C. Tappan, dans son article publié dans New-England. I. Med. 1929, discute tous les traitements possibles de l'érysipèle chez l'adulte et arrive à la con-

clusion que les badigeonnages au nitrate d'argent donnent les meilleurs résultats.

Nous voyons donc que le traitement de l'érysipèle par le nitrate d'argent fut couramment employé en France, Angleterre, Allemagne, Autriche et donnait de bons résultats chez les adultes et les vieillards.

Mais il ne manquait pas de voix qui s'élevaient contre son emploi.

N. Gondos (1918), rapporte que la température qui était avant les badigeonnages entre 39° et 40°, monte après le premier badigeonnage au-dessus de 40° avec des symptômes de dépression ou d'excitation. Cette température reste continue pendant 4-8 jours. En outre, l'albumine dans les urines augmente, la rate, qui n'était pas perceptible à la palpation, le devient, les ganglions lymphatiques sont infiltrés. La marche excentrique de l'érysipèle continue malgré les badigeonnages du pourtour de 2 travers de doigts. La solution au nitrate d'argent à 20 % qu'il employait, privant la peau de sa perméabilité, produit une forte desquamation et empêche d'autres traitements locaux. En outre le processus inflammatoire s'étend dans la profondeur et nécessite parfois des incisions.

D'autres médicaments à base d'argent furent expérimentés : plus récemment le collargol fut essayé et vanté soit sous forme de pommade (1-3 gr. par jour), soit en injection. En fait, la pratique courante réserve le nitrate d'argent exclusivement aux badigeonnages des bourgeons ombilicaux du nouveau-né.

Inspirés par les succès du traitement par le nitrate d'argent chez l'adulte et constatant les brillants résultats obtenus par Kalt aux Quinze-Vingt avec le nitrate d'argent en solution forte contre l'eczéma des paupières chez les enfants, M. Raoul Labbé et Mme de Larminat préconisèrent cette méthode chez le nouveau-né et firent la communication à la Société de Thérapeu-

tique le 8 décembre 1920 en citant 2 cas de guérison et un cas de mort.

Nous allons décrire le mode d'application, tel qu'il a été enseigné par M. R. Labbé et Mme de Larminat.

D'après ce que nous avons déjà dit du mode d'évolution du streptocoque, nous savons que le siège de la maladie est d'abord dans les couches les plus superficielles de la peau, que le microbe s'étend petit à petit dans ses parties profondes, que sa marche est progressivement envahissante, son extension d'autant plus grande qu'on est plus loin de son début. Nous sommes donc convaincu de la nécessité absolue d'agir le plus vite possible, car les chances de succès seront d'autant plus grandes, que l'agent infectieux sera plus facilement accessible, c'est-à-dire plus superficiel. On aura donc d'autant plus de chances de se trouver dans ces conditions qu'on attaquera le mal plus rapidement.

Maintenant, où devons-nous faire les badigeonnages ? Les recherches de Fehleisen, de Cornil, de Denucé ont montré que les microbes se trouvaient en plus grand nombre au niveau du bourrelet, qu'ils étaient aussi très nombreux dans la zone qui lui est immédiatement extérieure, tandis qu'en dedans ils diminuent et disparaissent rapidement à mesure que l'on se rapproche du centre de la plaque, pour peu que la maladie date de quelques jours. Cela indique le point où devra porter notre thérapeutique. Il faudra donc agir sur toute la plaque érysipélateuse, en particulier sur le bourrelet et la partie de peau non encore indurée qui lui est contiguë et qui déjà malade, déjà envahie, va s'épaissir à son tour dès que se fera la prolifération des globules blancs.

Nous avons fait les badigeonnages, comme ils ont été faits par M. R. Labbé et par Mme de Larminat dans les observations qu'ils ont publiées. Voici la fa-

gon de procéder que nous avons suivie et que nous conseillons.

Des lotions sont faites toutes les 4 heures, jour et nuit, très largement sur tous les points enflammés ou suspects au nitrate d'argent en solution aqueuse forte à 4 %. Il y a lieu de dépasser les limites du mal de 3 ou 4 cm. Après chaque application, on laisse sécher et l'on saupoudre de poudre aseptique ou légèrement antiseptique.

Sous l'effet des badigeonnages répétés au nitrate d'argent, la peau s'affaisse, s'épaissit en même temps qu'elle se pigmente fortement en brun. La limitation d'abord, puis la régression de la lymphangite ne tardent guère et la fièvre diminue.

Le traitement, tel qu'il a été préconisé par M. R. Labbé et Mme de Larminat dans l'Erysipèle du nouveau-né paraît très efficace, bien que très simple. Il n'offre aucun danger d'intolérance. La peau après 15 jours ou même trois semaines de badigeonnages n'a subi aucun dommage et elle ne tarde pas à reprendre coloration et souplesse normales ; la desquamation est minime.

Ces auteurs ajoutent qu'il ne s'agit pas d'une interprétation abusive des faits, ni d'une amélioration illusoire, malgré que l'évolution naturelle de l'érysipèle, qui s'aplatit, pâlit, s'efface au centre en 2 ou 4 jours à mesure qu'il s'étend à la périphérie rend très difficile l'appréciation exacte de la valeur de cette action thérapeutique.

Ils conseillent d'ailleurs d'ajouter un traitement général par des toniques et antithermiques.

Quelques observations recueillies à la Maternité Saint-Louis

I.

L'enfant J., du sexe féminin, naît par Césarienne le 14 juillet 1928. Elle est bien constituée et pèse 3.150 grammes.

Le 19 juillet, elle présente une petite bulle de pemphigus à la face interne de la cuisse gauche, le 21 juillet deux autres bulles au bas-ventre. Ces lésions, minimes, guérissent à la suite de lotions à l'eau d'Alibour.

Le 24 juillet, la mère quitte la maternité avec l'enfant et retourne chez elle.

Le 28 juillet, l'enfant semble un peu souffrante le soir.

Le 29, la température s'élève le matin à $38^{\circ}4$. On constate de l'oedème et une rougeur érysipélateuse des grandes lèvres et de la région sus-pubienne, s'étendant latéralement aux aines. Le bébé gémit toute la journée ; ses traits sont tirés. Le soir, la température est de $38^{\circ}5$.

Le 30, température $38^{\circ}2$ le matin, $38^{\circ}5$ le soir.

La zone érysipélateuse a augmenté, elle a envahi tout le bas-ventre remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et descendant à la racine des cuisses. On commence, dès le matin, les badigeonnages de la plaque érysipélateuse et de son pourtour avec une solution de nitrate d'argent à 4 %, toutes les 4 heures.

Le 31, température 39° matin et soir. On injecte 4 gouttes de propidon sous la peau de l'omoplate gauche. Le traitement par le nitrate d'argent est continué.

La rougeur remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et s'étend un peu plus sur la racine des cuisses.

1^{er} août. — Température 39°4 le matin, 40° le soir. L'ombilic est dégagé ; le bord supérieur de la plaque d'érysipèle ne passe plus qu'à 2 centimètres au-dessous de lui, mais la lésion a progressé sur les cuisses, surtout à gauche où elle descend à mi-cuisse.

2 août. — Température 40° matin et soir. Le bord supérieur de la plaque passe au-dessus du mont de Vénus ; en bas, la rougeur s'arrête au milieu de la cuisse à droite, au-dessous du genou à gauche. On fait une injection sous-cutanée de 4 gouttes de Propidon.

3 août. Température 39° le matin, 39°7 le soir. La rougeur a complètement disparu de l'abdomen. Elle s'étend à droite de mi-cuisse à mi-jambe ; à gauche du genou jusqu'au milieu du pied.

Malgré la température élevée et l'étendue de la zone érysipélateuse, l'état général reste bon. Nourrie au biberon, l'enfant tête bien et augmente normalement de poids.

Les pansements au nitrate d'argent continuent d'être faits régulièrement toutes les 4 heures. On pratique de nouveau une injection sous-cutanée de 4 gouttes de Propidon.

4 août. — Température 38°4 le matin, 39°2 le soir. La rougeur n'occupe plus que la moitié inférieure de la jambe droite et le pied gauche.

5 août. — Température 38°2 le matin, 38°7 le soir. Le cou de pied et le pied droits et l'extrémité du pied gauche restent seuls rouges et oedematiés. Sur le reste du corps et des membres inférieurs, la rougeur a totalement disparu.

6 août. — Température 38°2 le matin, 38°8 le soir. Il n'existe plus aucune trace d'érysipèle sur le corps, mais les pieds sont encore oedematiés, sans rougeur.

7 août. — Température $38^{\circ}4$. On constate un petit abcès de la face dorsale de la main droite. On injecte quatre gouttes de Propidon et le soir l'abcès est incisé et drainé. Les badigeonnages au nitrate d'argent sont supprimés.

11 août. — Petite plaque rouge à l'avant-bras droit; le 12 une autre plaque rouge est constatée à l'avant-bras gauche, rougeurs fugaces qui ne durent qu'une journée.

12 août. — On voit au coude droit une petite plaie suppurée, entourée d'une zone de lymphangite.

13 août. — Température 38° le matin, $38^{\circ}1$ le soir. Incision d'un petit abcès de la face dorsale du pied gauche. La petite plaie du coude droit s'est escharifiée. L'abcès de la main droite paraît guéri ; le drainage est supprimé.

14 août. — Température 37° le matin, $37^{\circ}4$ le soir. La lésion de la main droite est guérie. L'eschare du coude droit tombe et laisse une petite cavité à bords décollés.

A partir du 15 août, la température ne dépasse pas 37° . La plaie du coude se cicatrise rapidement et l'enfant est complètement guéri le 18 août.

II.

L'enfant S., du sexe masculin, est né le 5 novembre 1932 à la Maternité de Saint-Louis. Il est bien constitué et pèse 3.850 grammes.

Le 15 novembre 1932, l'enfant a 40° de température et présente une plaque rouge aux contours nets avec un bourrelet fin au niveau de l'ombilic. Le bébé paraît souffrir, ses traits sont tirés.

Présenté à M. Cathala, il diagnostique un érysipèle et prescrit des badigeonnages de la plaque et de son pourtour avec une solution au nitrate d'argent à 4 % toutes les 4 heures.

Le 16 novembre, la température descend à 39°2 le matin, 39° le soir. L'érysipèle envahit le bas-ventre, les régions lombaires et dorsales, s'étend aux cuisses et même les membres supérieurs sont atteints également.

Le 17 novembre, température 39° matin et soir. Le traitement par le nitrate d'argent est continué. L'enfant présente au niveau des reins une petite tumeur de la grosseur d'une noix, elle n'est pas fluctuante. L'enfant est radiographié. On ne peut préciser d'après l'épreuve de la radiographie la nature de cette tumeur.

Le 18 novembre, température 38° le matin, 39° le soir. L'ombilic se dégage, le bord supérieur de la plaque d'érysipèle ne passe plus qu'à deux travers de doigt au-dessous de lui, mais la lésion progresse sur les membres inférieurs où elle descend jusqu'aux genoux.

Le 19 novembre, température 38°5 le matin, 39°2 le soir. La rougeur a complètement disparu de l'abdomen et des régions dorsales et lombaires, mais persiste aux membres inférieurs, dont les cuisses sont rouges et oedematiées. Malgré la température élevée, l'état général est bon, nourri au biberon, l'enfant tète bien et augmente normalement de poids.

Le 20 novembre, température 39° matin et soir. La rougeur n'occupe plus que la moitié inférieure des cuisses et les deux bras des membres supérieurs. On fait une injection sous-cutanée de 4 gouttes de Propidon sous l'omoplate gauche.

Le 21 novembre, température 38°5 le matin et 39° le soir. Les 2 jambes sont rouges et oedematiées, tandis que, aux membres supérieurs, la rougeur a presque totalement disparu.

Le 22 novembre, température 38°8 le matin, 39° le soir ; on constate un abcès au niveau des bourses, dont l'examen au laboratoire montre des chaînettes

assez nombreuses polynucléaires et à la culture des streptocoques. On injecte 4 gouttes de Propidon sous la peau.

Le 23 novembre, température 38°5 le matin et 38°7 le soir. La rougeur des deux jambes a disparu, l'oedème persiste. Aux membres supérieurs, le bras gauche est encore oedematié.

Le 24 novembre, température 38° le matin, 38°3 le soir ; les badigeonnages au nitrate d'argent sont supprimés. L'oedème des membres inférieurs a disparu, le bras gauche reste oedematié.

A partir du 25 novembre, la température de l'enfant oscille entre 37°5 et 38°5 pour se maintenir à partir du 2 décembre entre 37° et 37°5.

Le 5 décembre, la femme part sur sa demande. L'enfant, qui n'a pas de température, présente encore un bras gauche légèrement oedematié et semble être guéri.

III.

Le 26 août 1929. La mère entre dans la Maternité de Saint-Louis avec l'enfant B., du sexe masculin, et de constitution normale né le 12 août 1929.

Depuis cette date, l'enfant beaucoup souffrant présente dans la région sus-pubienne, remontant jusqu'à l'ombilic, plusieurs plaques rouges. La mère s'apercevant des plaques et surtout parce que l'enfant gémit, l'amène à la maternité.

A l'examen, on constate 3 plaques rouges ovalaires luisantes dans la région suspubienne, dures à la palpation avec des bords réguliers.

La température est de 38°2.

On commence à faire des badigeonnages au nitrate d'argent à 4 % toutes les 4 heures et des injections sous-cutanées de Propidon 2 gouttes tous les 2 jours.

Malgré le traitement, le lendemain la température monte à 39° et les plaques s'élargissent.

Deux jours après on constate une température de 38°5 le matin, 39°2 le soir. La rougeur descend vers les testicules et le lendemain on voit apparaître sur les bourses à la place de la rougeur une plaque blanche.

Les bourses sont distendues, luisantes. En touchant cette région, l'enfant gémit. Cette plaque blanche s'ulcère et commence à s'éliminer grâce au traitement fait avec de la bouillie lactique.

Le 28 août se forme un abcès sur la fesse gauche, qui est incisé.

Le 31 août un autre abcès qui se forme aussi sur la fesse gauche est incisé et drainé.

La région sus-pubienne se dégage, les plaques rouges ont disparu et la rougeur aux testicules, qui a fait place à une plaque blanche, a envahi la racine des cuisses. Les pansements au nitrate d'argent continuent d'être faits régulièrement toutes les 4 heures en même temps l'injection sous-cutanée de Propidon.

Le 2 septembre la température est de 37°9 le matin, 38°2 le soir, la rougeur à la racine des cuisses a complètement disparu. Le traitement au nitrate d'argent est supprimé.

Le 4 septembre, l'enfant va mieux, la température est de 37°2 le matin, 37°8 le soir, les testicules sont encore un peu oedematiés, la plaie se nettoie.

Le 6 septembre, la température est de 36°4 le matin, 36°7 le soir ; la plaie à la bourse se cicatrise rapidement et l'enfant paraît être complètement guéri.

IV.

L'enfant Ch., du sexe féminin, est née le 7 juin 1928. Elle est bien constituée et pèse 3.140 grammes.

Le 15 juin, l'enfant semble souffrante le soir et gémit.

Le 16 juin, la température monte le matin à 38°5. L'enfant présente de l'oedème et une rougeur érysipélateuse au niveau du pied et de la jambe droite. Le soir la température est de 38°7. On commence dès le matin les badigeonnages de la plaque érysipélateuse et de son pourtour avec une solution au nitrate d'argent à 4 % toutes les 4 heures.

Le 18 juin, température 38°1 le matin, 38°3 le soir. La zone érysipélateuse a augmenté et s'étend jusqu'à mi-cuisse.

Le 19 juin, température 38°5 le matin, 38°7 le soir ; le pied est dégagé, mais la plaque d'érysipèle a progressé sur la cuisse droite et atteint l'aîne. Le pied gauche reste indemne. On pratique une injection de 2 gouttes de Propidon sous la peau de l'omoplate droit.

L'état général de l'enfant reste bon. Il est nourri au biberon et il tète bien.

Etant donné la spécificité de la mère, on traite l'enfant par la liqueur de Van Swieten.

Le 20 juin, température 39° le matin, 39°3 le soir. La rougeur de la moitié de la jambe a disparu et elle ne reste qu'un peu oedematiée. La lésion ne monte pas au-dessus de l'aîne. On continue de faire les badigeonnages au nitrate d'argent.

Le 21 juin, température 38°3 le matin. La jambe se dégage, la rougeur et l'oedème restent cantonnés à la cuisse droite.

Le malade qui paraît en voie de guérison sort sur la demande de sa mère.

Nous voulons encore citer 3 observations, que nous avons trouvées dans la communication de M. R. Labbé et de Mme de Larminat faite à la Société de Thérapeutique le 8 décembre 1920.

I.

Le premier cas de guérison concerne une fillette, Blanche B..., âgée de 15 jours. Atteinte d'érysipèle typique de la face, elle a tout le côté gauche du cuir chevelu et de la face envahi, quand nous la voyons pour la première fois au Dispensaire Furtade-Heine : bourrelet typique et fièvre, début datant de 8 jours.

Malgré 10 jours de traitement suivi au nitrate d'argent, nous n'obtenons la régression qu'au 11^e jour ; mais au 13^e la guérison est complète. Il faut remarquer que la marche extensive de l'érysipèle a été jugulée immédiatement, malgré l'infection générale évidente. De plus, ce bébé était certainement hérédosyphilitique.

II.

Une deuxième guérison concerne un nourrisson de 3 mois, Raymonde R... ; elle est atteinte d'érysipèle du cou au niveau de la cicatrice d'une adenite incisée 9 jours auparavant. L'oedème spécifique a gagné les 2 membres supérieurs et a abouti à un petit phlegmon du bras gauche. La fièvre est élevée (39°), l'état général est grave. Ultérieurement les cuisses qui ont été le siège de nombreuses piqûres d'huile camphrée, deviennent érysipélateuses, ainsi que l'ensemble des membres inférieurs. Néanmoins, la guérison est complète 3 semaines après le début.

III.

Nous avons eu par contre à déplorer la mort d'un autre nourrisson âgé de 6 semaines, Marthe D..., atteinte d'érysipèle disséminé dont le début avait précédé de 5 jours la première consultation. Mais il est avéré que le traitement, dans ce cas, fut mal appliqué : pendant les premiers jours, les lotions ne furent faites que deux fois par 24 heures, ce qui est tout à fait insuffisant. La mort survient au 12^e jour de la maladie.

Nous voyons là une démonstration évidente de la nécessité d'appliquer le plein traitement avec énergie, sous peine d'échec.

Conclusions

1. — Avant la découverte de la nature infectieuse de l'érysipèle tous les traitements de cette maladie du nouveau-né furent sinon nuisibles tout au moins inefficaces.
2. — Depuis cette époque, les différents moyens antiseptiques ont donné des résultats en général douteux, quelquefois réels, mais ils sont souvent compliqués, très douloureux ou même dangereux.
3. — Les badigeonnages au nitrate d'argent à 4 % sont un moyen simple, peu ou pas douloureux, et paraissent réellement efficaces.
4. — Les badigeonnages au nitrate d'argent à 4 % toutes les 4 heures, jour et nuit, aidés parfois des injections sous-cutanées de quelques gouttes de Propidon tous les 2 jours, doivent être faits sur la plaque et le pourtour de celle-ci.
5. — L'érysipèle commence à régresser en général après trois jours de traitement.
6. — La durée moyenne de tous les érysipèles traités par cette méthode à leur début a été de 21 jours.

Vu le Doyen :

ROUSSY

Vu le Président de Thèse

BRINDEAU

Vu et permis d'imprimer

Le recteur

de l'Académie de Paris

CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- BOIDIN ET TIERNY. — Les bouillons de Delbet dans le traitement de l'érysipèle du nouveau-né (Bull. Société Méd. des Hôpit., 17 février 1921).
- BOIDIN ET DELAFONTAINE. — Absence de pouvoir préventif des stocks-vaccins et des auto-vaccins streptococciques dans l'érysipèle à rechutes (Bulletin Société Méd. des Hôpitaux. Paris, 6 mai 1921).
- BESREDKA. — Sérothérapie antistreptococcique médicaments microbiens (Biblioth. de Thérap. Gilbert et Carnot).
- BOISSERIE-LACROIX. — Erysipèles du nouveau-né et du nourrisson guéris par les applications locales de sérum antistreptococcique. (Journal de Méd. de Bordeaux, 1922).
- CACHERA-MAGRAH. — L'Erysipèle chez les nourrissons. Thèse de Paris 1933.
- CAYET. — Traitement de l'érysipèle, Thèse de Paris, 1890.
- CAMONS (ANDRÉ). — Contribution à la thérapeutique de l'érysipèle. Thèse Paris 1920.
- DELHOUME. — L'érysipèle du nouveau-né. Thèse Paris 1914.
- EBERSTADT. — Kollargolbehandlung bei Erysypel und chronischem Gelenkrheumat. München. med. Wehnschr. 1917/XIV 1152-1154.
- FELDMANN. — Erfolgreiche Behandlung eines Falles von Erysipel mit Argentum colloïdale Deutsche med. Wehnschr. Leipz. und Berlin 1905.
- GONDOS (N.). — Höllensteinbehandlung des Erysipels nach Gangele, München med. Wehnschr. 1918.
- GUINON ET IZARD. — Sur le traitement de l'érysipèle généralisé du nourrisson (Bulletin Société pédiatrie, Paris, 1913).
- HIRSCH (S.). — Traitement de l'érysipèle par le nitrate d'argent à 16 % (Med. Klin. Berlin 1921).
- HUMMEL. — Traitement de l'érysipèle par la teinture d'iode (Bakt. arzt. Leipzig 1919).
- LABBÉ (R.) ET LARMINAT (MME DE). — Traitement de l'érysipèle du nouveau-né. Société thérapeutique, 8 décembre 1920).
- LESME (E.) ET FRANÇON (F.). — Traitement de l'érysipèle. La clinique, décembre 1912.
- MAGNILLAT. — Traitement préventif et curatif de l'érysipèle. Thèse Paris 1923.
- NOBÉCOURT. — Traitement de l'érysipèle (Bulletin de la Société Méd. des Hôpit. Paris 1913). L'érysipèle pendant les 3 premiers mois de la vie. Leçon du 11 juin 1932. Gazette des Hôpitaux, 5 octobre 1932.
- RONDET. — Traitement de l'érysipèle par des applications répétées d'une solution de nitrate d'argent (Lyon Médical, sept. 1915).
- SERGENT. — Traité de Pathologie médicale.
- SPILLMANN. — Le kollargol dans l'érysipèle. Rev. Méd. de l'Est. Nancy 1903.
- TROUSSEAU. — Erysipèle des nouveau-nés. Gaz. des Hôpit. 1848. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1877.

